



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 28/07/2022
 UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA FORITICHE
 ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località _____
 Indirizzo ASILLO NIDO CONGRU ARBERU SABIN - VIA PRINC. PIEMONTE 7

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 02/08/2022
 Non è stata rilevata presenza di insetti è stata rilevata la presenza di FORITICHE
 Tipo di spazio o ambiente oggetto del sopralluogo: Aperto Chiuso
 Descrizione dello spazio ⁽¹⁾: AULE - BAGNI - ECC. CORTICE ESTERNO
 L'intervento è stato concordato per il giorno 02/08/2022 ore 08:00 Firma [Signature]
 Note _____
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente [Signature]

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 02/08/2022
 Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione
 L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali ⁽²⁾ all'interno dei locali Mq. _____
 Attrezzature utilizzate: PORTE A SENNA - ATTUZZAZIONE FISSO
 Prodotti Utilizzati BLEU DELLA DERATTIZZAZIONE Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) 07 150
CARBAN CIPENTETUM 10 600
 N.B. In caso di utilizzo di Topici indicare ANCHE il n° delle esche posizionate
 Firma Tecnico incaricato dell'intervento [Signature]
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente [Signature]

⁽¹⁾ Lo spazio può essere definito secondo le seguenti tipologie:

Spiagge	1	Strade	6	Piazze	11	Giardini	
Mattatoi	2	Porti	7	Aeroporti	12	Stazioni	
Cimiteri	3	Scuole	<input checked="" type="checkbox"/>	Uffici Pubblici	13	Mercati	17
Ospedali	4	Carceri	9	Caseme	14	Ambulatori	18
Ospizi Pubblici	5	Discariche	10	Depuratori	15	Strutture Sportive	19
							20

⁽²⁾ In caso di intervento effettuato all'esterno di locali, si sarà provveduto a comunicare - quale misura precauzionale - la necessità di chiusura degli stessi nella sola giornata del trattamento.